

UNIVERSITÉ DE PARIS  
FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

---

Année 1974

N° 64

# THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

par

**Madame KOKOTEK Hélène, née STROM**

le 29 Janvier 1949, à Neuilly.

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LITHIASÉ BILIAIRE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

---

Président : Mr. CONTE, Professeur.

---

DUPUYTREN - COPY  
9, Rue Dupuytren  
PARIS (6°)

1974



UNIVERSITÉ DE PARIS  
FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

---

Année 1974

N°

# THÈSE

pour le  
DOCTORAT EN MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

par

**Madame KOKOTEK Hélène, née STROM**

le 29 Janvier 1949, à Neuilly.

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA LITHIASE BILIAIRE CHEZ LE SUJET ÂGÉ

---

Président : Mr. CONTE, Professeur.

---

DUPUYTREN - COPY  
9, Rue Dupuytren  
PARIS (6°)

1974



UNIVERSITÉ PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

---

PROFESSEURS TITULAIRES

|                |                                         |
|----------------|-----------------------------------------|
| MM. ANDRÉ R.   | Hématologie                             |
| BRICOUT F.     | Bactério-Virologie                      |
| BRISAUD H.     | Pédiatrie                               |
| BROCARD R.     | Médecine                                |
| CATINAT J.     | Cardiologie                             |
| CERBONNET G.   | Chirurgie                               |
| CHALUT J.      | Radiologie                              |
| CHERIGIE Ed.   | Radiologie                              |
| CHIGOT P.L.    | Chirurgie infantile                     |
| CONTAMIN Fr.   | Neurologie                              |
| CONTE M.       | Médecine                                |
| DAGUET L.      | Bactériologie                           |
| DEBRAY J.      | Médecine                                |
| DRY J.         | Médecine                                |
| DUHAMEL G.     | Hématologie                             |
| FLABEAU F.     | Chirurgie                               |
| GERBEAUX J.    | Thérapeutique                           |
| GIRARD F.      | Physiologie                             |
| GOSSET J.      | Chirurgie                               |
| GOULVAN Y.J.   | Parasitologie                           |
| HUGELIN A.     | Physiologie                             |
| LAPLANE R.     | Pédiatrie                               |
| LE LORIER G.   | Obstétrique                             |
| LOEPER J.      | Médecine expérimentale -<br>Immunologie |
| LOYGUE J.      | Chirurgie                               |
| MAROIS M.      | Histologie                              |
| MERGER R.      | Obstétrique                             |
| MILHAUD G.     | Biophysique                             |
| NICK J.        | Neurologie                              |
| ORCEL L.       | Anatomie pathologique                   |
| PERRAULT M.    | Médecine                                |
| PICARD J.      | Biochimie                               |
| POLONOVSKI Cl. | Pédiatrie                               |
| POLONOVSKI J.  | Biochimie                               |
| RICHEL G.      | Néphrologie                             |

PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                  |                        |
|------------------|------------------------|
| MM. ARDAILLOU R. | Physiologie            |
| CHAPUT A.        | Stomatologie           |
| GUIRAUDON G.     | Anatomie               |
| LASFARGUES G.    | Pédiatrie              |
| MALAFOSSE M.     | Chirurgie              |
| PIERON R.        | Pneumo-phtisiologie    |
| ROUX Ch.         | Embryologie            |
| WARGON H.        | Médecine expérimentale |

MAITRES DE CONFERENCES

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| MM. AKOUN G.     | Médecine            |
| ALBY J.M.        | Psychiatrie         |
| AMSTUTZ P.       | Réanimation         |
| APDIL A.         | Orth. traum.        |
| Mme ARON D.      | Ophthalmologie      |
| MM. ATTAL C.     | Pédiatrie           |
| BAUX S.          | Chirurgie           |
| BOURY G.         | Chirurgie           |
| CHEYMOL G.       | Pharmacologie       |
| CHOUARD Cl.      | O.R.L.              |
| CLOAREC M.       | Médecine            |
| Mme COMBRISSE A. | Hématologie         |
| MM. DECROIX G.   | Pneumo-phtisiologie |
| DELIGNE P.       | Anesthésiologie     |
| DOYON D.         | Radiologie          |
| FONTAINE J.L.    | Pédiatrie           |
| GAUTIER H.       | Physiologie         |
| GRUNER M.        | Chirurgie infantile |
| GUILMET Cl.      | Anesthésiologie     |
| HERMAN D.        | Médecine            |
| HUGUET Cl.       | Chirurgie           |
| BARRITAU L.      | Biophysique (ff)    |
| BODIN F.         | Médecine (ff)       |
| BIGOT R.         | Radiologie (ff)     |
| HUGUIER M.       | Chirurgie           |
| KRULIK M.        | Médecine générale   |
| LAUGIER A.       | Radiologie          |
| LEVY V.G.        | Médecine            |
| MENSCH B.        | Biophysique         |
| MERY J. Ph.      | Néphrologie         |

|            |                       |
|------------|-----------------------|
| MM. MIGNON | Hématologie           |
| NAJMAN     | Neurologie            |
| NICOLLE    | Médecine              |
| OPOLON     | Médecine              |
| PAQUELIN   | O.R.L.                |
| PISSARRO   | Médecine préventive   |
| RAMPINI    | Biochimie             |
| RICHARDET  | Pédiatrie             |
| ROLAND     | Anatomie pathologique |
| SALAT      | Obstétrique           |
| SALMON     | Hématologie           |
| SANTARELLI | Obstétrique           |
| WEINMANN   | Biochimie             |
| WITCHITZ   | Cardiologie           |
| THOMAS M.  | Médecine (ff)         |
| VERGEZ P.  | Bactériologie (ff)    |

#### ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.C.A. M. ELIAKIS E. Médecine légale

#### ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

M.C.A. M. KIRSCH F. Physiologie biochimique

#### DIRECTEURS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

|             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| MM. ETIENNE | MM. BENSAUDE | MM. ZENATTI |
| LEGRAND     | DUPUIS       | NATALI      |
| BERTHET     | MICHAUD      | ROMEO       |
| FASANO      | CRIMAIL      | LAMBERT     |
| ROISIN      | WEILL        | CHASSERANT  |
| VIALAS      | FORTESA      | Mme TAQUET  |

#### CHARGÉS D'ENSEIGNEMENT

|               |                     |
|---------------|---------------------|
| MM. BRUEZIERE | Chirurgie infantile |
| CRISTOL       | Cardiologie         |
| DUNET         | Endocrinologie      |
| LOFFREDO      | Obstétrique         |

ATTACHES D'ENSEIGNEMENT

|              |               |
|--------------|---------------|
| MM. CASASSUS | Cardiologie   |
| COUVREUR     | Thérapeutique |
| DES LAURIERS | Neurologie    |
| GALLOUEDEC   | Pneumologie   |
| MIGNOT       | Neurologie    |
| SAUVAN       | Cardiologie   |
| VANNIER      | Pneumologie   |
| ABITBOL      |               |
| MARTEAU      |               |
| GAMERMANN    |               |
| JOANNIDES    |               |
| MAUGENEST    |               |
| POULET       |               |
| RACHINEL     |               |
| DUCAN        |               |
| LEWKOWICZ    |               |
| MEILLAUD     |               |

---

A MON MARI,

Avec toute ma tendresse.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

A MA MERE ,      A MON PERE ,

Avec toute mon affection.



A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS



A Monsieur le Professeur M. CONTE

Professeur de Clinique médicale

Médecin des Hôpitaux de Paris

Chef de Service au C.H.U. SAINT-ANTOINE

qui a bien voulu accepter la  
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici le reflet  
de ma reconnaissance.



A Monsieur le Professeur Agrégé P. FOUET

Professeur Agrégé  
Médecin des Hôpitaux de Paris

qui, tout au long de ce  
travail, m'a guidée de ses  
précieux conseils ;

Qu'il reçoive l'expression  
de ma sincère gratitude.



Au Docteur P. ZIMMERMANN

En remerciement de son aide  
bienveillante.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE  
DE LA

LITHIASÉ BILIAIRE

CHEZ LE SUJET ÂGÉ

---



P L A N

---

- 1)- INTRODUCTION.
  - 2)- EXPOSÉ DES MALADES.
  - 3)- OBSERVATIONS.
  - 4)- COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS.
  - 5)- REMARQUES.
  - 6)- COMPARAISON AVEC LES DONNÉES DE LA  
LITTÉRATURE.
  - 7)- CONCLUSION.
-



## I N T R O D U C T I O N

---

La lithiase biliaire est une affection très fréquente chez le sujet âgé.

Elle a fait l'objet de nombreuses études chez des malades de plus de 60 ans, mais celles-ci isolent rarement la catégorie des vieillards et grands vieillards.

Nous exposons ici les observations de sujets de plus de 75 ans, c'est-à-dire, suivant la classification de l'O.M.S., des vieillards (75 à 89 ans) et grands vieillards (au-dessus de 90 ans).

Les observations ont été recueillies au cours des trois dernières années (1971 à 1973), dans un Service de Médecine générale chronique de l'A.P. (Service du Pr. Agr. FOUET - Hôpital Albert Chenevier).

Nous comparerons nos résultats aux données actuelles de la littérature.

---



EXPOSE<sup>,</sup> DES MALADES

---

Ces malades, observés dans le Service, sont au nombre de 700 : ils étaient adressés de Services d'aigus ou de désencombrement des Hôpitaux de l'A. P., le plus souvent en attente de placement ou en convalescence d'affections variées.

Nous avons remarqué la fréquence de la lithiase biliaire, les difficultés diagnostiques et thérapeutiques qu'elle soulève chez ces sujets.

Nous distinguerons les cas de lithiase muette et parlante : 26 cas de lithiase muette ont été dénombrés : 20 cas de découverte d'autopsie, 6 cas de découverte radiologique. Nous comptons 16 cas de lithiase parlante.

---



## OBSERVATIONS

---

### LITHIASSE PARLANTE

(1) ALT... Barbara, femme de 79 ans.

Entrée dans le Service le 23-1-1971, pour rééducation de troubles neurologiques.

= Antécédents neurologiques :

Décembre 1970 : Hémiplégie gauche régressive.

Juillet 1971 : Récidive avec aphasie et régression totale.

Octobre 1971 : 2ème récurrence de l'hémiplégie et aphasie.

Au total : 3 accidents neurologiques liés à un ramollissement cérébral ou une hémorragie méningée, dont il ne persiste comme séquelle qu'une aphasie de Wernicke.

= Problème biliaire :

Septembre 1971 : Syndrome abdominal aigu, fébrile (39°8), état confusionnel.

Biologie : - Hémoculture positive (colibacille), - Rétention (Ph. al. élevées).

Cholécystographie : Pas d'opacification.  
Régression des signes sous traitement antibiotique.  
La malade sort sans diagnostic.

Novembre 1971 :           Aucun trouble, mais  
persistance d'une hyperleucocytose à polynucléose  
(15.500 G.B. - 78 % PN).

= Trois mois d'évolution sans problème.

= Février 1972 :

Nouvel épisode douloureux abdominal, fièvre à 38°, vomissements, suivi, 24 heures plus tard, d'un subictère.

Défense de l'hypochondre droit à l'examen physique.

Biologie : Bilirubine à 49 mg/l,  
Absence de rétention,  
Infection modérée (8.900 G.B.,  
68 % P.N.).

Régression des troubles sous traitement  
(Ampicilline et Gentalline 2 g, parentéral, remplacés par Céfalogine 6 g, Chloramphénicol 2 g, associés à N. butyl-hyoscine).

N.B. : Au décours de l'ictère, la biligraphie pratiquée n'obtient pas d'opacification biliaire.

= Juin 1972 :

Douleurs abdominales, fièvre à 40°, nausées.

A l'examen physique : défense de l'hypochondre droit.

Biologie : infection : 16.900 G.B.  
80 % P.N.  
Bilirubine : 46 mg/l.

Apyrexie obtenue après 24 heures de traitement (Céfalogine 6 g, Chloramphénicol 2 g., associé à une réhydratation).

Cependant, il apparaît une tendance à l'oligurie, obnubilation et, après 3 jours, généralisation de la défense, collapsus, élévation de l'azoté-

mie à 2,85 g/l.

La malade est adressée en chirurgie (Service du Pr. GERMAIN, Henri-Mondor), avec le diagnostic de péritonite biliaire secondaire à une angiocholite urémigène.

= L'intervention a lieu le 6/6/1972 :

- Liquide abondant verdâtre, probablement purulent et d'origine biliaire dans toute la cavité abdominale.

- Cholédoque très dilaté, renfermant de nombreux calculs. Pas de perforation des voies biliaires.

- Cholécystectomie rétrograde, cholédocotomie oblique : empierrement du bas cholédoque.

- Anastomose cholédoco-duodénale.

= Décès le lendemain.

°  
° °

(2) BAZ... Marie, femme de 84 ans.

Entrée dans le Service le 5/10/1970.

= Antécédents :

1952 : Traitement chirurgical d'une tuberculose ganglionnaire cervicale.

1960 : Découverte d'une hypothyroïdie mineure, obésité.

= Antécédents biliaires :

- 1961 : Symptomatologie atypique ne se prolongeant pas au-delà de 24 h.

Cholécystographie : vésicule exclue.

- Septembre 1970 : Douleurs de l'hypochondre droit, fièvre (39°), suivies d'un subictère avec constipation.

A l'examen : déshydratation, abdomen météorisé, hypochondre droit sensible, torpeur.

Biologie : Syndrome infectieux : 21.000 G.B., 92 % P.N., Bilirubine : 16 mg/l, Phosphatases alcalines : 86 U<sub>l</sub>. Transaminases normales.

Diagnostic posé d'angiocholite.

Traitement associant Chloramphénicol et Totapen. parentéral, réhydratation.

Régression des troubles en 8 jours.

- L'intervention est refusée en raison de l'état général.

- Mai 1971, soit 7 mois après le premier épisode : malaise, fièvre, absence de douleur, infection : 13.300 G.B., 71 % PN.

Cholécystographie : vésicule exclue, absence de lithiase, radio opaque.

- Juin 1971 : La laparoscopie découvre une vésicule scléro-atrophique ; le foie est d'aspect normal.

- Août 1971 : Douleur, fièvre, subictère régressifs en 24 h.

- Septembre 1971 : Même tableau avec douleur provoquée de l'hypochondre droit. Malgré un traitement associant antibiotiques et antispasmodiques (Ampicilline 2 g, N-butyl-hyoscine) , intensification des signes : l'ictère devient franc, oligurie, tendance au collapsus.

Néanmoins, régression des signes sous traitement en 15 jours.

- Octobre 1971 : Douleur et constipation.

Diagnostic d'angiocholite.

L'indication opératoire est reposée devant ce quatrième épisode d'angiocholite.

La malade fait un accident vasculaire cérébral et l'intervention est refusée.

La malade est mise sous traitement continu de Bactrine. On ne note aucun trouble en 1972 et 1973.

- Avril 1972 : Une duodéno-scopie montre :

- . Oesophage, estomac, duodénum normaux.
- . Bas cholédoque légèrement dilaté.
- . Voie biliaire principale dilatée.
- . La vésicule n'est pas vue.

Conclusion : Cholécytite scléro-atrophique probable. Absence de lithias cholédocienne.

= Départ en maison de retraite.

= Evolution ultérieure : En Mars 1974, état satisfaisant ; aucun trouble biliaire n'est apparu depuis sa sortie.

o  
o o

(3) BLA... Christine, femme de 87 ans, entrée dans le service le 13/11/1970.

= Antécédents : 1970 : Traitement chirurgical (clou-plaque) pour fracture du col du fémur gauche. Accident vasculaire cérébral dans les suites opératoires.

Séquelles : Etat grabataire, démence sénile.

= Histoire biliaire :

- Novembre 1971 : Douleur de l'hypochondre droit, subictère, suivis 2 jours après d'une fièvre à 38° et de vomissements.

A l'examen : sensibilité de l'hypochondre droit.

Biologie : Bilirubine : 9 mg/l.

Phosphatases alcalines : 43 UB.

Infection : 18.000 G.B.,

94 % P.N.

Après 6 jours de traitement (perfusion d'Ampicilline 2 g et Trémonium, puis Pénicilline 8 millions).

Altération de l'état général, collapsus et décès.

Diagnostic posé : angiocholite.

= Autopsie : Grosse vésicule lithiasique.

Cholédoque dilaté, épaissi et lithiasé du bas cholédoque.

Cytostéatonécrose très localisée de la tête du pancréas.

= Histologie : Nécrose en foyer au niveau de la tête du pancréas.

Micro-abcès dans la graisse péripancréatique.

o  
o      o

{4}            DAN... Marguerite, femme de 83 ans.

Entrée dans le Service le 15/6/1973.

= Histoire biliaire :

- Novembre 1971 : Hospitalisée (Service

Pr. AUVERT) en urologie pour douleurs abdominales, vomissements, fièvre à 38°, pollakiurie et brûlures mictionnelles.

A l'examen physique : abdomen globalement douloureux.

Biologie : Syndrome infectieux : 12.000 G.B., 70 % P.N.

Mais : Culot urinaire stérile,  
Abdomen sans préparation et UIV normaux.

Diagnostic évoqué de pyélonéphrite, récusé par le bilan urinaire.

Après 3 jours de traitement (Ampicilline 2 g), persistance de la fièvre, localisation de la douleur au niveau de l'hypochondre droit avec irradiation caractéristique et :

A l'examen : palpation d'une grosse vésicule, défense de l'hypochondre droit.

Diagnostic de pyocholécyste.

Biologie : absence de signe de rétention, bilirubine normale.

Cholécystographie : vésicule exclue.

Cholangiographie : voie biliaire principale normale, vésicule non opacifiée.

Adressée en chirurgie (Service du Pr. GERMAIN), devant la persistance des signes malgré 10 jours de traitement médical, avec le diagnostic de pyocholécyste.

- L'intervention a lieu le 6/12/1971  
(Dr. ALBIN - Dr. HERBINET).

Région sous-hépatique bloquée par des adhérences inflammatoires. Pyocholécyste tendu.

--→ Cholécystostomie sur sonde Pezzer.

Suites immédiates simples.

- Janvier 1972 : douleurs, vomissements, fièvre.

- Mars 1972 : Deuxième intervention :

Microlithiase vésiculaire,

Noyau de pancréatite, oddite,

Cholécystectomie antérograde,

Pas de sphinctérotomie ni anastomose bilio-digestive.

Histologie : Cholécystite subaiguë de type scléro-atrophique.

Suites opératoires : Choc passager régressif après transfusion et macromolécules.

- Mai 1972 : Hospitalisée pour altération de l'état général, fièvre, brûlures mictionnelles.

Biologie : Infection : 11.000 G.B., 90 % P.N.

Infection urinaire à Coli.

U.I.V. découvre une polykystose rénale.

Cholangiographie : Voie biliaire principale un peu dilatée, absence de lithiase.

Régression de l'infection urinaire sous traitement. Aucun trouble digestif n'est noté.

°  
° °

(5) DEG... Yvonne, femme de 75 ans.

Entrée dans le Service le 30/8/1972.

= Antécédents : Maladie de Parkinson,

Insuffisance cardiaque et coronarienne.

= Histoire biliaire :

- Juillet 1972 : Malaise et fièvre à 38°. Diagnostic d'infarctus du myocarde évoqué, puis réfuté devant l'apparition, en cours d'hospitalisation, d'un ictère isolé sans douleur.

Biologie : Bilirubine 38 mg/l,  
Phosphatases alcalines normales,  
Transaminases normales, Absence d'Ag. Australia.

Abdomen sans préparation : pas de lithiase.

La cholécystographie montre une grosse vésicule lithiasique (5 calculs RX transparents de petite taille) s'évacuant mal.

La malade est décédée brutalement d'un accident vasculaire cérébral. Pas d'autopsie.

o  
o o

(6) DEL... Marguerite, femme de 82 ans.

Entrée dans le Service le 16/2/1973.

= Antécédents :

- 1959 : Découverte d'une lithiase (cliniquement muette) à la cholécystographie : 3 calculs.

- Janvier 1972 : Ictère franc, apparu après un syndrome douloureux de l'hypochondre droit et de l'épigastre, sans fièvre.

A l'examen physique : ictère généralisé, hépatomégalie, sensibilité de l'hypochondre droit.

Biologie : Bilirubine : 165 mg/l.,

Rétention avec phosphatases  
alcalines 39 U.B., Transaminases normales.

La laparoscopie montre un foie vert, une  
vésicule scléro-atrophique, avec adhérences.

Diagnostic posé d'angiocholite.

Evolution favorable sous traitement anti-  
biotique et antispasmodique (Ampicilline 2 g, Trémo-  
nium).

Cependant, persistance, après 15 jours de  
traitement, d'un subictère, endolorissement de l'hy-  
pochondre droit, nausées, anorexie.

- Février 1972 : Reprise de l'ictère, état  
subfébrile ; à l'examen physique, douleur provoquée  
de l'hypochondre droit.

Bilirubine 119 mg/l.

Phosphatases alcalines :

39 U.B.

Hyperleucocytose : 11.000

G.B., 71 % P.N.

TOGD : normal.

- Mars 1972 : Duodénoscopie : Estomac, duo-  
dénium normaux. Dilatation de la voie biliaire prin-  
cipale et des canalicules intra-hépatiques. Sur les  
clichés en évacuation : présence de plusieurs cal-  
culs dans la région sus-vatérienne du cholédoque.  
Petites images lacunaires des canaux intrahépatiques  
(air ou calculs ?). Vésicule non opacifiée, avec  
arrêt cupuliforme au niveau de l'infundibulum vési-  
culaire.

Diagnostic de cholédocolithiase affirmé  
par la duodénoscopie.

= L'intervention, décidée en raison de la  
réaction de l'ictère, a lieu le 16/3/1972 (Service  
du Pr. GERMAIN.- Henri-Mondor) :

Vésicule scléro-atrophique renfermant de nom-

breux calculs.

Voie biliaire principale large : nombreux calculs.

Cholédocotomie transversale sous-duodénale, extraction des calculs, oddite sténosante.

Anastomose cholédoco-duodénale latéro-latérale.

Cholécystectomie.

RMB satisfaisante.

Histologie : Cholécystite aiguë suppurée sur cholécystite chronique ancienne scléro-atrophique sans signe tumoral.

= Suites opératoires simples. Bilan biologique normalisé.

Un mois après l'intervention, pas de problème, en particulier digestif.

La malade est partie en maison de retraite.

°  
° °

(7) FER... Jeanne, femme de 85 ans.

Entrée dans le Service le 11/1/1972, pour bilan d'un ictère.

= Histoire biliaire :

- Décembre 1971 : Apparition d'un ictère précédé d'une altération de l'état général. Dans le Service, diminution de l'ictère ; à la palpation, douleur de l'hypochondre droit.

Biologie : NFS normale,  
Phosphatases, transaminases

normales,

ASP normal.

- Janvier 1972 : Cholécyctographie : pas d'opacification.

- Février 1972 : La cholangiographie I.V. montre un cholédoque dilaté avec calcul du bas cholédoque ; vésicule non opacifiée.

La laparoscopie montre un gros foie vert.

= L'évolution est spontanément favorable : régression de l'ictère et bon état général. La malade a reçu un traitement d'Ampicilline (2 g) pendant 10 jours.

= L'intervention est proposée, mais refusée par la malade. Le bilan biologique est normal.

Retour à son domicile.

= Evolution ultérieure : depuis 2 ans, pas de nouvel incident biliaire.

°  
° °

(8) HAV... Albertine, femme de 87 ans.

Entrée dans le Service le 6/3/1972, pour ictère.

= Pas d'antécédent particulier.

= Histoire biliaire :

- Février 1972 : Apparition d'un ictère précédé de fièvre à 39°, altération de l'état général, pas de douleur.

A l'examen clinique : ictère, sensibilité de l'hypochondre droit.

Biologie : Bilirubine à 30 mg/l.

Cholécystographie : pas d'opacification.

Régression des signes sous traitement  
antibiotique (Ampicilline, Gantamycine).

Cholangiographie faite au décours de l'ictère : cholédoque de calibre normal ; absence d'opacification vésiculaire.

- Mars 1972 : La duodénoscopie vérifie l'intégrité de la voie biliaire principale, vésicule non opacifiée.

= La malade part en maison de retraite.

Le bilan de sortie est normal.

= L'état de la malade, 2 ans après le premier épisode, est satisfaisant sans accident biliaire signalé.

°  
° . °

(9) HER... Berthe, femme de 88 ans.

Entrée dans le Service le 2 Octobre 1973.

= Antécédents : . chirurgicaux : néant ;  
. médicaux : phlébites, obésité..

= Histoire biliaire :

- 1)- 27/8/1973 : Hospitalisation à Beaujon pour douleurs thoraco-abdominales depuis 10 jours, fièvre, vomissements, diarrhée.

Examen : Subictère, douleur à la palpation de l'hypocondre droit.

Biologie : Bilirubine totale 96 mg/l.,  
Phosphatases alcalines 9 U.B., Amylasémie normale.

Diagnostic évoqué d'angiocholite.

Sous traitement (Ampicilline 6 g + Gentamycine 80 mg) pendant 15 jours, régression des signes.

Cholangiographie : pas d'opacification des voies biliaires.

- 2)- Dans le Service :

2 épisodes infectieux : 17-11-1973, 3-12-1973, dont le dernier avec ictère, d'évolution favorable sous traitement.

Cholangiographie : 9-11 : Calcul mobile de 1 cm de diamètre sur le bas cholédoque avec dilatation du cholédoque sus-jacent.

= L'intervention est récusée en raison de l'état général (obésité, fonction cardio-respiratoire limitée).

= Evolution favorable à 8 mois de recul (traitement d'Ampicilline 1,5 g/j.).

°  
° °

(10) KAUF... Ludovie, malade de 80 ans.

= Antécédents :

1932 : appendicectomie.

1952 : gastrectomie pour ulcère.

= Décembre 1973 : Au cours d'une hospitalisation pour cataracte : malaise avec perte de connaissance.

Répétition de ces malaises avec nausées, vertiges lors de la position debout, entraînant un amaigrissement.

Les examens ne retrouvent pas d'hypoglycémie, ni de troubles cardiaques, ni d'insuffisance vertébro-basilaire majeure.

Cholécystographie - Biligraphie : lithiasse vésiculaire et cholédocienne.

= Décision opératoire. Intervention le 28/2/1974 : Cholécystectomie + anastomose cholédoco-duodénale.

Vésicule augmentée de volume ; nombreux petits calculs.

Cholédoque dilaté : nombreux calculs.

Cholécystite lithiasique subaiguë chronique de type scléro-atrophique.

Pas de tumeur maligne.

= Décès 2 jours plus tard (coma, fièvre 41°) d'accident vasculaire cérébral.

°  
° °

(11) LAU... Elisabeth, femme de 83 ans.

Entrée dans le Service le 19/9/1973 pour convalescence post-opératoire.

= Antécédents :

- Entre 1930-1950 : amibiase

1920 : coliques hépatiques non explorées.

- Entre 1950 et 1973 : épisodes répétés de coliques hépatiques.

- 1970 : diarrhées chroniques.

Bilan digestif : diverticulose colique au lavement baryté. TGO normal.

= Histoire biliaire :

- Août 1973 : Tableau d'angiocholite traitée par antibiotiques ; cependant, pas de régression des

signes sous traitement.

Adressée en chirurgie avec le diagnostic d'angiocholite.

- L'intervention a lieu le 20/8/1973 (Bichat) et trouve une lithiase vésiculaire et cholédocienne. Ablation des calculs cholédociens. Cholécystectomie Anastomose cholédoco-duodénale.

- Suites opératoires simples en dehors d'une infection urinaire.

= Dans notre Service, bon état général, simple problème de rééducation (coxarthrose droite), pas de problème digestif.

Cholangiographie : absence d'opacification.

= Retour à son domicile.

o  
o o

(12) LEF... Henri, homme de 89 ans.

Entré dans le Service le 6/4/1973.

= Antécédents : Paludisme.  
1966, infarctus du myocarde.

= Histoire biliaire :

- Février 1973 : Altération de l'état général, vomissements alimentaires.

A l'examen clinique : subictère, fièvre, défense de l'hypochondre droit.

Biologie : Syndrome infectieux (16.000 G.B. - 94 % P.N.) et rétentionnel. Phosphatases

alcalines : 22 U.B.

Diagnostic évoqué de cholécystite aiguë.

Régression des signes sous traitement :  
Ampicilline 2 g, Colimycine 2 millions, et réhydratation.

- Mai 1973 : Altération progressive de l'état général sans cause patente.

- 17 Mai 1973 : Apparition d'un ictère généralisé, vomissements.

A l'examen : ictère, apyrexie ;  
hypochondre droit douloureux.

Biologie : absence de signes infectieux,  
phosphatases alcalines 18 UB,  
bilirubine 54 mg/l.

Les radios des voies biliaires faites au décours de l'ictère ne montrent pas d'opacification des voies biliaires (cholécystographie et biligraphe).

La laparoscopie montre des adhérences :

- . autour de la zone vésiculaire,
- . aucun élément suspect visible,
- . au niveau du péritoine et du foie.

Une deuxième cholangiographie est pratiquée : elle montre un calcul enclavé du bas cholédoque, avec dilatation sus-jacente.

= Diagnostic posé d'angiocholite.

Régression des troubles sous traitement  
(Ampicilline + N-butyl-hyoscine).

Etant donné l'âge du malade et l'état général, l'intervention est refusée.

= Le malade rentre à son domicile.

On ne signale aucun épisode biliaire depuis un an.

(13) MAR..., femme de 81 ans.

- Sénilité, démence sénile.
- 1972 : fracture du col du fémur.
- Août 1973 : ictère,  
petites douleurs,  
phosphatases alcalines un peu  
élevées, transaminases normales.
- Janvier 1974 : 2ème ictère régressif.

Radios : volumineux cholédoque de 2 cm de diamètre se moulant sur un calcul.

= Evolution : 8 mois. Deux épisodes.

Toujours hospitalisée.

Pas de nouvel incident d'origine biliaire.

°  
° °

(14) REN... Irma, femme de 88 ans.

Entrée dans le Service le 16/11/1971, pour bilan d'un ictère.

= Antécédents :

- Pas d'éthylisme.
- 1909 : ovariectomie.
- Septembre 1971 : ictère généralisé, fébrile, altération de l'état général.

A l'examen : hépatomégalie.

Biologie : hémoculture (+) (streptocoques)  
10.500 globules blancs, 90 % polynucléaires ; phosphatases alcalines : 62 U.I. ; bilirubine 88 mg/l ;

NFS : 6,6 g/l. hémoglobine.

Radio d'abdomen sans préparation : fibrome calcifié.

Diagnostic évoqué d'ictère hémolytique, devant l'anémie et l'ictère.

- Novembre 1971 : Persistance de l'ictère.  
Apparition d'une ascite.

Biologie : Phosphatases alcalines : 25 U.B.  
Bilirubine : 50 mg/l.  
Bloc  $\beta$ - $\gamma$

Laparoscopie : foie cirrhotique.

- Aggravation progressive de l'état général et décès dans un coma hépatique (10-1-1972).

- = Autopsie :
  - empiérement cholédocien,
  - lithiase vésiculaire,
  - ascite.

°  
°   °

(15)            RAL..., femme de 81 ans.

Entrée dans le service le 8/1/1973.

= Pas d'antécédent particulier.

= Histoire biliaire :

- Novembre 1972 : douleurs abdominales, vomissements, suivis d'un fébricule et d'un subictère.

Altération de l'état général.

A l'examen clinique : subictère, défense de l'hypochondre droit.

Biologie : rétention (phosphatases alca-

lines élevées) ; pas de signe infectieux.

Cholangiographie I.V. : Calcul radio-transparent du bas cholédoque et dilatation sus-jacente. Vésicule non opacifiée.

= Régression des signes sous traitement antibiotique (Chloramphénicol, cyclines) en 15 jours.

= Malade adressée en chirurgie avec le diagnostic d'angiocholite.

= L'intervention a lieu le 30/11/1972 : on trouve une vésicule scléro-atrophique avec nombreux calculs de petite taille. Extraction du calcul cholédocien. Cholécystectomie rétrograde. Anastomose hépatico-duodénale.

= Histologie : Sclérose pariétale, ulcération de la muqueuse avec infiltrats inflammatoires en regard du chorion fibreux.

= Suites opératoires simples.

Dans notre Service : Bon état général. Aucun trouble digestif. Bilan biologique normal. Séjour de deux mois sans problèmes.

°  
° °

[16] VER... Alphonsine, femme de 89 ans.

Entrée dans le Service le 1/8/1971.

= Pas d'antécédent particulier.

= Histoire biliaire :

- Juillet 1971 : douleurs de l'hypochondre droit, irradiation dorsale avec vomissements, absence de fièvre.

A l'examen : subfébrile, subictérique.

Abdomen souple, indolore.

Biologie : bilirubine 22 mg/l, phosphatases alcalines normales.

Abdomen sans préparation : absence de lithiase RX opaque.

Cholécystographie : pas d'opacification.

Biligraphie : cholédoque dilaté, vésicule exclue.

Coupes tomographiques : pas de lithiase du cholédoque.

= Sous traitement antibiotique (Ampicilline), évolution favorable.

Retour au domicile.

---

LITHIASSE MUETTE  
,  
DE DECOUVERTE D'AUTOPSIE

(1) BAV... Marie, malade de 89 ans.

Entrée dans le Service le 2/9/1971.

- Bilan d'une V.S. accélérée : pas d'étiologie retrouvée.

- Novembre 1971 : intervention pour papillome de l'urètre.

- 21/12/1971 : décès, dans un tableau de détresse respiratoire.

- AUTOPSIE : - Encombrement trachéo-bronchique,  
- Vésicule lithiasique.

(2) BLO... Henriette, malade de 88 ans.

Entrée dans le Service le 31/12/1972.

- 1924 : hystérectomie pour fibrome.

- 1972 : état grabataire ; insuffisance vasculaire cérébrale diffuse.

- Décès le 4/1/1973.

- AUTOPSIE : Gros calculs vésiculaires.

(3) BRIC... Henriette, malade de 84 ans.

Entrée dans le Service le 20/1/1972.

- Etat de déchéance physiologique.
- Traitement pour tuberculose pulmonaire.
- Février 1972 : infection broncho-pulmonaire.
- Décès le 9/3/1972.
- AUTOPSIE : - vésicule scléro-atrophique, lithiasique ;  
- foyer pulmonaire en voie de suppuration.

{4} DEL... Marie, malade de 86 ans.

Entrée dans le Service le 19/11/1971.

- Antécédents de crises de goutte (66), maladie de Parkinson.

- 31/12/1971 : hospitalisée pour altération de l'état général (amaigrissement de 8 kg, vomissements, subictère).

Apparition d'un ictère franc au bout de 4 jours.

Biologie : Bilirubine 120 mg/l.

Phosphatases alcalines : 78 U.B.

Hyperleucocytose 14.400 GB - Urée : 1,40.

- 5/1/1972 : décès.

- AUTOPSIE : - cancer ulcère de l'antre gastrique,  
- métastases hépatiques,  
- vésicule biliaire lithiasique,  
voie biliaire principale libre.

{5} DUT... Marie, malade de 97 ans.

Entrée dans le Service le 7/12/1970.

- Démence sénile, état grabataire.

- Juin 1972 : fracture du col du fémur gauche.

- Décès : Octobre 1972, dans un tableau de collapsus et coma.

- AUTOPSIE : - lithias vésiculaire ; voie biliaire principale libre ;  
- épanchement pleural droit.

(6) FOR... Valentine, malade de 94 ans.

Entrée dans le Service le 30/7/1971.

- Antécédents : d'appendicite, ovariectomie, ulcère gastrique, traité médicalement (1947).

- 1971 : hospitalisation pour altération de l'état général.

- Août 1971 : accident vasculaire cérébral.

- Décès le 1/12/1971.

- AUTOPSIE : - vésicule lithiasique,  
- lithias cholédocienne.

(7) GOE... Marguerite, malade de 75 ans.

Entrée dans le Service le 17/1/1973.

- Antécédents de fièvre typhoïde (1913), zona (1970) et insuffisance cardiaque gauche.

- 1972 : hémiplégie gauche récidivée (sténose de la carotide interne droite à l'artériographie).

- 8/2/1973 : décès brutal.

- AUTOPSIE : - embolie pulmonaire,  
- lithiasé vésiculaire.

(8) HOU... Blanche, malade de 80 ans.

Entrée dans le Service le 30/5/1972.

- 1965 : amputation du membre inférieur droit pour artérite + sympathectomie lombaire droite.

- 1969 : cancer du sein gauche traité par cobaltothérapie.

- 1971 : récurrence cancéreuse ; nouveau traitement radiothérapique.

- 1972 : HTA, angor.

- Mai 1973 : infarctus mésentérique.

- 8/5/1973 : décès.

- AUTOPSIE : - thrombose de l'artère mésentérique supérieure,

- infarctus ancien de la pointe du coeur,

- lithiasse vésiculaire.

(9) JON... Benjamin, malade de 75 ans.

Entré dans le Service le 23/1/1971.

- Etat grabataire depuis 1970.

- Découverte radiologique d'une opacité parahilaire droite avec infiltrat sus-claviculaire.

- Décès le 26/1/1971, dans un tableau d'insuffisance respiratoire aiguë.

- AUTOPSIE : - tumeur parahilaire droite et sommet droit, adénopathies trachéo-bronchiques ;

- métastases hépatiques ;

- lithiasse vésiculaire.

(10) LEG... Michel, malade de 77 ans.

Entré dans le Service le 16/3/1973.

- Février 1973 : décompensation d'une cirrhose éthylique (ascite, encéphalopathie P.C.).

- Décès le 26/5/1973.

- AUTOPSIE : - varices oesophagiennes,
  - ulcère prépylorique et petite courbure verticale gastrique,
  - lithiasé vésiculaire.

(11) LOR... Marie, malade de 82 ans.

Entrée dans le Service le 1/10/1970.

- Antécédents : 1960 : épithélioma baso-cellulaire du cuir chevelu.

- Mise en évidence, au cours de l'hospitalisation, d'un neurinome (D7), d'un nodule hyperfixant thyroïdien.

Août 1972 : hémiplegie droite, suivie de dégradation de l'état général.

- Décès le 6/12/1972.

- AUTOPSIE : - schwannome probable au niveau de D7,

- vésicule lithiasique.

(12) MUC... Cécile, malade de 83 ans.

Entrée dans le Service le 13 Mars 1971.

- Antécédents de diabète, angor, IVG.

- Démence sénile.

- Décès le 22/3/1971, après épisode d'infection broncho-pulmonaire et décompensation cardiaque.

- AUTOPSIE : - vésicule scléro-atrophique avec calculs,

- foyer pulmonaire du lobe supérieur droit,
- gros coeur gauche.

(13) MUL... Jeanne, malade de 80 ans.

Entrée dans le Service le 28/4/1971.

- Mai 1971 : intervention pour fracture du col du fémur.

- Cancer gastrique connu.

- AUTOPSIE : - vésicule lithiasique,  
- cancer ulcéro-végétant de l'an-  
tre.

(14) PAG... Henriette, malade de 92 ans.

Entrée dans le Service le 10/9/1972.

- Antécédents de crises de goutte, chutes sans perte de connaissance (1972), HTA, arythmie complète par fibrillation auriculaire.

- Septembre 1972 : épisode infectieux pulmo-  
naire.

- Décès le 27/10/1972.

- AUTOPSIE : lithiase vésiculaire.

(15) RIC... Estelle, malade de 89 ans.

Entrée dans le Service le 24/11/1972.

- Démence sénile.

- Février 1972 : pneumopathie aiguë, collapsus.

- AUTOPSIE : - foyer pulmonaire du lobe moyen  
droit, - vésicule lithiasique.

(16) ROE... Jeanne, malade de 76 ans.

- Entrée dans le Service en Mars 1971.

- 1968 : prothèse de Moore pour fracture du col du fémur gauche.

- Mars et Novembre 1971 : 2 épisodes d'infection pulmonaire, dont un compliqué d'OAP.

- Mai 1972 : intervention pour fracture du col du fémur droit, suivie d'infarctus myocardique.

- Décès le 5/10/1972 après hématurie, choc terminal.

- AUTOPSIE : - infarctus vésical,  
- lithiasé vésiculaire.

(17) SAV... Marie, malade de 82 ans.

Entrée dans le Service le 24/11/1972.

- Diabète mineur connu depuis 1965.

- Ulcères de jambe rebelles depuis 1969.

- Mai 1973 : épisode de constipation et vomissements, transit normal (TOGD).

- Décès le 17/7/1973.

- AUTOPSIE : - lithiasé vésiculaire,  
- kyste ovarien.

(18) VAS... Jeanne, malade de 75 ans.

Entrée dans le Service le 30/5/1973.

- Mars 1973 : intervention pour cancer occlusif de l'angle colique gauche : anus transverse droit ; tumeur inextirpable.

- Juin 1973 : dégradation progressive de l'état général.

- Décès le 29/8/1973.

- AUTOPSIE : - cancer de l'angle colique gauche, fistulisé avec le grêle et l'estomac ;

- lithiase vésiculaire.

(19) VER... Anna, malade de 86 ans.

Entrée dans le Service le 30/9/1970.

- Démence sénile, insuffisance cardiaque.

- Décès le 13/1/1971, après un épisode de pneumopathie aiguë suivi de collapsus.

- AUTOPSIE : - abcès pulmonaire du lobe inférieur droit,  
- embolie pulmonaire,  
- lithiase vésiculaire et cholé-  
docienne.

(20) VIE... Marie, malade de 89 ans.

Entrée dans le Service le 3/8/1971.

- Bronchites à répétition et oedème subaigu pulmonaire.

- Décès le 7/12/1972.

- AUTOPSIE : Grosse vésicule lithiasique.

LITHIASSE DE DECOUVERTE RADIOLOGIQUE

(21) DEB... Marie, malade de 80 ans.

Entrée dans le Service le 3/11/1972.

- Antécédents :

1897 : Pott L4-L5.

1958 : Maladie de Dühring-Brocq traitée avec succès par corticothérapie.

1972 : névralgie faciale droite.

Novembre 1972 :

. insuffisance vasculaire cérébrale (chutes à répétition),

. découverte au cours d'un bilan pour V.S. accélérée (117/142) d'une lithiase vésiculaire sur les clichés de rachis lombaire. Confirmation par la cholécystographie orale.

- Janvier 1973 : phlébite gauche.

- Avril 1973 : infection broncho-pulmonaire.

- Mai 1973 : volvulus du colon pelvien régressif après pose de sonde rectale (Service de Chirurgie Pr. GERMAIN - Henri-Mondor).

- Récidive en Juillet ; même traitement. Intervention refusée en raison de l'âge.

(22) LOR... Marie, malade de 76 ans.

Entrée dans le Service le 26/6/1973.

- Antécédents : Avril 1973 : hémiplegie gauche,

noelena avec collapsus.

Découverte, sur le transit gastro-duodé-  
nal, d'un ulcus bulbaire et d'une lithiase vésicu-  
laire.

Traitement médical de l'ulcère.

- Mai 1973 : pneumopathie aiguë.

- Dans le Service : malade grabataire,  
pas de trouble digestif.

(23) PLE... Géorgine, malade de 75 ans.

Entrée dans le Service le 10/10/1973.

- Antécédents :

. 1944 : brûlures épigastriques, TOGD nor-  
mal.

. 1969 : hépatite virale,  
insuffisance cardiaque.

. Juin 1970 : altération de l'état général  
et douleurs abdominales;

deux hématomèses de moyenne  
abondance ;

découverte d'un cancer de l'an-  
tre sur le transit oeso-gastro-duodénal.

Cholécystographie orale :  
lithiase vésiculaire.

. 30 Juillet 1970 : intervention pour can-  
cer antral (Service du Pr. GERMAIN - Henri-Mondor).

- Gastrectomie des 2/3 de type Péan ;

- Cholécystectomie.

Radiomanométrie biliaire : absence de  
lithiase cholédocienne, anastomose cholédoco-  
duodénale.

- Histologie :

. Adénocarcinome très différencié ;

. Absence d'envahissement ganglionnaire  
et hépatique ;

. Cholécystite chronique.

- Suites opératoires compliquées :

. Embolie pulmonaire,

. Abscessus pariétal,

. Septicémie à colibacilles.

. Décembre 1970 : épistaxis répétées,  
liées à une lésion ORL,

cautérisée.

. Décembre 1972 : tassement cunéiforme de  
L1 et ostéoporose diffuse découverts après bilan  
pour chute sans perte de connaissance.

. Mai 1973 : intervention pour occlusion du  
grêle par étranglement d'éventration.

. Octobre 1973 : hospitalisée pour bilan  
d'une ostéoporose.

Absence de récurrence cancéreuse à la fi-  
broscopie.

(24) RAZ... Jeanne, malade de 67 ans.

Entrée dans le Service le 20-7-1973.

- Antécédents : 60 : traumatisme crânien sans  
complication.

- Circonstances de découverte de la lithiase  
vésiculaire :

28/4/1973 : Hospitalisée pour ictère géné-  
ralisé avec douleurs de l'hypochondre gauche.

A l'examen : hépatomégalie et masse épigas-  
trique dure, mal limitée.

Abdomen sans préparation : lithiase vésicu-  
laire.

Biologie : bilirubine 160 mg/l., phosphata-

ses alcalines : 40 U.B.

7/5/1973 : Intervention :

: Cancer de la tête du pancréas, gros foie vert ;

: Enorme calcul vésiculaire, voies biliaires dilatées.

Gastro-entérostomie latéro-latérale,

Cholécystectomie antérograde avec anastomose cholédoco-jéjunale termino-latérale.

Histologie : lésions inflammatoires et hémorragiques de la muqueuse vésiculaire avec fibrose pariétale ; pas de métastases.

- Suites opératoires simples.

- Séjour d'une semaine à A. Chénevier avant départ en placement.

(25) RUB... Jeanne, malade de 82 ans.

Entrée dans le Service le 2/5/1972.

- H.T.A., insuffisance cardiaque.

- Janvier 1972 : épisode diarrhéique, découverte d'un calcul vésiculaire opaque sur le lavement baryté.

- Départ en placement.

(26) ZOL... Marion, femme de 81 ans.

Entrée dans le Service le 25-2-1974.

- Antécédents : néant.

- 11-12-1973 : hospitalisée à La Pitié pour

malaise suivi d'hypotension et tachycardie.

Pas d'étiologie particulière retrouvée.

Assez bon état général. Obésité.

Cholécystographie, car douleur à la palpation de l'hypochondre droit : deux calculs vésiculaires.

---

## COMMENTAIRES DES OBSERVATIONS

---

### A)- LITHIASSE PARLANTE

#### 1/- GENERALITES

##### Prédominance féminine

Parmi les 16 malades ayant présenté des troubles en rapport avec une lithiasse biliaire, nous notons 15 femmes et 1 homme.

##### Antécédents de lithiasse

Chez 3 malades, le diagnostic de lithiasse était soit connu, soit évoqué :

- Obs. 6 : Lithiasse vésiculaire muette, connue depuis 13 ans (cholécystographie).
- Obs. 2 : Antécédents de symptômes digestifs atypiques répétés ; en 1961, vésicule exclue à la cholécystographie.
- Obs. 11 : plusieurs épisodes de coliques hépatiques non explorés.

##### Nombre d'accidents

Il varie entre 1 et 5.

- 8 malades ont eu 1 épisode biliaire.
- 5       "               "       2 à 3 épisodes biliaires.

- 2 malades ont eu 4 épisodes biliaires.
- 1 malade a eu 5 " " .

### Durée d'évolution

Elle est comprise entre 6 jours et 13 ans,  
2 cas extrêmes correspondant l'un à une évolution  
fatale, l'autre à une lithiase anciennement connue.

| OBSER-<br>VATION                  | 1          | 2            | 3          | 4            | 5           | 6         | 7         | 8        | 9         | 10        |
|-----------------------------------|------------|--------------|------------|--------------|-------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| DUREE                             | 10<br>mois | 3 ans<br>1/2 | 6<br>jours | 2 ans<br>1/2 | 5<br>mois   | 13<br>ans | 2<br>ans  | 2<br>ans | 8<br>mois | 3<br>mois |
| NOMBRE<br>D'EPI-<br>ISODES        | 3          | 5            | 1          | 1            | 1           | 2         | 1         | 1        | 4         | 4         |
| DIAG.<br>POSE<br>AU<br>BOUT<br>DE | 1<br>mois  | 1 an<br>1/2  | 6<br>jours | 1<br>mois    | 15<br>jours | 3<br>mois | 3<br>mois | 1<br>m.  | 3<br>mois | 1<br>mois |

| 11          | 12        | 13        | 14        | 15        | 16        |
|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 3 mois      | 1 an      | 8 mois    | 6 mois    | 1 mois    | 4 mois    |
| 1           | 2         | 2         | 4         | 1         | 1         |
| 15<br>jours | 5<br>mois | 5<br>mois | 4<br>mois | 1<br>mois | 1<br>mois |

Ainsi, la moitié des malades ont eu une évo-

lution d'au moins un an, émaillée d'un à deux accidents, à l'exception d'un cas (Observ. 2) où l'on dénombre 5 accidents.

## 2/- CLINIQUE

### Symptomatologie fonctionnelle

- La douleur de l'hypochondre droit : elle est présente dans 13 cas sur 16, marquée chez 9 malades.

- La fièvre existe dans 14 cas sur 16. Elle est généralement modérée :  $38^{\circ}$ ,  $38^{\circ}5$  ; on note 2 septicémies.

- L'ictère : 15 cas sur 16. Il est franc dans 6 cas ; le plus souvent, il s'agit d'un subictère.

- Les vomissements : 10 sur 16, généralement modérés.

- Les troubles du transit apparaissent sous forme d'iléus paralytique dans 2 cas.

- La péritonite : 1 cas, secondaire à une angiocholite.

- Pyocholécyste : 1 cas.

- Ascite : 1 cas, lié à une cirrhose biliaire décompensée.

On remarque la quasi-constance de la triade classique (douleur, fièvre, ictère) ; la chronologie des symptômes est respectée.

Les autres signes sont nettement moins constants.

Les formes majeures sont rares dans notre série.

### Examen physique

- La douleur provoquée de l'hypochondre droit est retrouvée dans 14 cas sur 16. Il existe une défense localisée dans 5 cas ; elle est généralisée dans 1 cas (péritonite biliaire).

- On note :

- . 1 cas de grosse vésicule palpée,
- . 1 ascite,

- Une altération de l'état général a révélé la lithiase dans 2 cas.

- Collapsus dans 3 cas, dont 2 mortels.

Dans la majorité des cas, le diagnostic de lithiase a pu être évoqué sur l'existence de la triade classique et de la douleur de l'hypochondre droit.

### 3/- BIOLOGIE

- La biologie confirme l'ictère par l'élévation de la bilirubine (14/16) qui est supérieure à 30 mg/l dans 9 cas.

- La rétention, dont l'élévation des phosphatases alcalines est un des signes, est retrouvée dans 10 cas sur 16 :

- supérieure à 10 U.B. : 7 cas,
- supérieure à 60 U.I. : 1 cas.

- Les transaminases hépatiques restent normales, n'atteignant des chiffres limites que dans 4 cas.

- L'infection, traduite par une hyperleucocytose à polynucléose supérieure à 80 %, est présente dans 6 cas.

- L'ionogramme sanguin reste normal, en rai-

son de la réanimation. Il est modifié dans un cas d'angiocholite urémigène, où l'urée atteint en 2 jours 2,85 g/l.

Grâce à un examen biologique simple, standard, tel qu'il fut pratiqué chez nos malades, on note la possibilité d'évoquer le diagnostic de lithiase cholédocienne sur l'élévation des phosphatases alcalines : 8 malades avaient des phosphatases augmentées; la lithiase cholédocienne est présente dans 7 cas.

Cependant, il ne s'agit que d'un élément d'orientation : l'élévation des phosphatases n'existe pas dans l'observation 7, alors que le diagnostic anatomique est celui de lithiase cholédocienne et coïncide avec une lithiase vésiculaire dans l'observation 2.

#### 4/- EXPLORATIONS RADIOLOGIQUES ET ENDOSCOPIQUES.

##### A)- L'abdomen sans préparation.

Sa lecture, rendue malaisée par les calcifications costales, il n'a pas été mis en évidence de lithiase radio-opaque.

##### B)- La cholécystographie.

Elle a été effectuée dans 11 cas. Elle montre :

- 3 lithiases radiotransparentes vésiculaires,
- 8 vésicules exclues.

Aucune lithiase cholédocienne n'a été décelée.

##### C)- La cholangiographie I.V.,

effectuée dans 10 cas, trouve :

- 6 lithiases cholédociennes, avec dilatation du

cholédoque dans tous les cas ;

- cholédoque dilaté sans lithiasse : 2 cas ;
- cholédoque normal, vésicule exclue : 2 cas.

La cholangiographie est pratiquée le plus souvent après la cholécystographie per os et complète cet examen.

#### D)- Cholangiographie rétrograde par endoscopie.

Cet examen n'a été pratiqué que 3 fois et chez des malades opérables uniquement. Il a permis le diagnostic d'empierrement du cholédoque dans un cas, de dilatation du cholédoque (mais sans lithiasse) et exclusion vésiculaire dans un cas. Il succédait, dans 2 cas, à une cholécystographie et une cholangiographie I.V. qui n'avaient pas permis de poser le diagnostic.

#### E)- La laparoscopie.

Sur les 2 cas de vésicules soléro-atrophiques retrouvées, il a été confirmé une lithiasse vésiculaire. Examen peu parlant, il garde toutefois son intérêt dans l'exploration d'un ictère par rétention.

### 5/- DIAGNOSTICS POSES.

Dans la majorité des cas, le diagnostic de lithiasse biliaire put être posé grâce à l'association des signes cliniques, biologiques, radiologiques.

Dans 4 cas, fut évoquée initialement une pathologie non biliaire, secondairement réfutée :

- pyélonéphrite (1),
- hépatite (1),
- infarctus du myocarde (1),
- ictère hémolytique (1).

Le diagnostic d'angiocholite est porté dans 10 cas. On note :

- . 1 cas de cholécystite,
- . 1 cas d'angiocholite urémigène,
- . 1 cas de cirrhose biliaire décompensée.

La prédominance dans notre série du tableau d'angiocholite apparaît nettement.

#### 6/- ATTITUDE PRATIQUE.

6 malades sur 16 subirent un traitement chirurgical.

#### Cas non opérés

Ces 10 malades ont reçu un traitement associant antibiotiques, antispasmodiques par voie parentérale avec rééquilibration hydro-électrolytique.

Les antibiotiques utilisés sont :

- essentiellement : Ampicilline 2 g, associée ou non à Gentamycine, Colistine.
- Autres antibiotiques : Céfaloïne, Chloramphénicol.

Les antispasmodiques sont :

Trémonium,  
Bromure de N-Butyl-hyoscine.

#### Résultats : Evolution :

- A court terme : on observe une régression des signes cliniques en 1 à 2 semaines et biologiques en 1 mois au maximum.

2 malades eurent une évolution fatale :

- . Observ. 3 : décès après 6 jours de traitement.
- . Observ. 5 : décès par accident vasculaire cérébral.

- A long terme : à quelques mois de leur premier épisode biliaire, les malades traitées ont présenté 1 à 2 accidents identiques. L'évolution ultérieure ne nous est connue que pour quelques malades seulement :

- O.7 : 2 ans d'évolution sans problème biliaire,
- O.8 : 2 ans                   "                   "                   "                   " ,
- O.12: 1 an                   "                   "                   "                   " ,
- O.2 : 3 ans 1/2           "                   "                   "                   " ,
- O.13: 8 mois               "                   "                   "                   " ,
- Observ. N° 14 : un décès après 6 mois d'évolution clinique.

On remarque que, pour 2 sujets, l'intervention fut récusée en raison de contre-indications (démence sénile, accident cérébral) ; 4 malades refusèrent l'acte chirurgical.

#### Cas opérés

Un traitement médical similaire fut institué avant l'intervention.

- O.1 : Intervention décidée devant l'aggravation d'une angiocholite urémigène. La malade reçoit Céfalotine (6 g associée à 2 g de Chloramphénicol + réanimation).  
Cholécystectomie + Anastomose cholédoco-duodénale. Décès le lendemain.
- O.9 : 17 jours de traitement pour une angiocholite sans régression des signes.  
Cholécystectomie + anastomose cholédoco-duodénale ; suites simples.
- O.11 : 10 jours de traitement. Evolution satisfaisante.  
Cholécystectomie + anastomose idem.

Suites immédiates bonnes ; après 2 mois, pas de récurrence ; évolution ultérieure ignorée.

- 0.6 : Angiocholite traitée médicalement pendant 2 mois, avec régression partielle des signes ; Récurrence : nouveau traitement relativement efficace ; décision opératoire après certitude diagnostique apportée par le duodénoscopia.

Cholécystectomie + anastomose cholédoco-duodénale. Suites simples ; pas de troubles pendant 3 mois.

- 0.4 : Intervention décidée devant un tableau de pyocholécyste (15 jours de traitement).  
Premier temps : cholécystostomie et sonde de Pezzer.  
3 mois après : douleurs et écoulement : cholécystectomie.  
Suites : état de choc passager. Evolution ultérieure de 1 an 1/2 favorable.

- 0.10 : Syndrome dyspeptique sous forme de nausées, vomissements, sans étiologie retrouvée, avec amaigrissement. Diagnostic radiologique de lithiase mixte. Etat général assez satisfaisant.  
Intervention 2 mois après le début des troubles : cholécystectomie + anastomose cholédoco-duodénale.  
2 jours plus tard, décès par accident cérébral.

Sur les 6 malades opérés, l'intervention fut décidée pour 5 d'entre elles, en raison de l'échec du traitement médical.

Type d'intervention pratiquée :

- 5 cholécystectomies avec anastomose cholédoco-duodénale ;
- 1 cholécystectomie simple qui succédait à une cholécystostomie.

L'évolution immédiate : nous déplorons 2 décès ; l'un est lié à une péritonite biliaire avec choc (état préexistant à l'intervention) ; l'autre, à un accident vasculaire cérébral.

Les suites opératoires sont simples pour les autres malades, en dehors d'un état de choc régressif.

#### 7/- ANATOMIE.

La confirmation de la lithiase biliaire et de son siège fut apportée par les données de la chirurgie et des autopsies.

Chirurgie - Autopsie : découvrent :

- 6 lithiases mixtes,
- 1 lithiase cholédocienne isolée,
- 1 lithiase vésiculaire isolée.

La radiologie met de plus en évidence :

- 1 lithiase vésiculaire isolée,
- 4 lithiases du cholédoque,

soit au total :

- 6 lithiases mixtes,
- 5 lithiases du cholédoque,
- 2 lithiases vésiculaires.

Ces chiffres montrent la fréquence de la lithiase mixte. Il faut signaler 3 cas de pancréatite, retrouvée à l'intervention et associée à une lithiase mixte, ainsi que l'absence de cancer de la vésicule.

#### 8/- CONCORDANCE ANATOMO-CLINIQUE.

Elle existe dans 6 cas : il s'agit de 5 cas de lithiase cholédocienne (pour lesquels le diagnostic d'angiocholite fut posé) et d'un cas de lithiase vésiculaire où fut affirmé un pyocholécyste

cliniquement.

Concordance radio-clinique : dans 4 cas, la radio montre un calcul du cholédoque ; le diagnostic d'angiocholite avait été posé cliniquement.

### B)- LITHIASSE MUETTE.

Sur les 26 cas de lithiasse muette, 20 sont de découverte d'autopsie, 6 de diagnostic radiologique.

#### = Lithiasse découverte au cours des autopsies :

Parmi les 112 autopsies pratiquées dans le Service (277 vieillards décédés), ont été mises en évidence 18 lithiases vésiculaires et 2 lithiases mixtes, soit un pourcentage de 17,8 %.

Aucune dégénérescence vésiculaire n'a été retrouvée à l'autopsie.

#### = Lithiasse de découverte radiologique :

Un examen radiologique a révélé la lithiasse dans 6 circonstances variées :

- Lors d'une exploration pour V.S. accélérée, la lithiasse vésiculaire est découverte sur un cliché de rachis lombaire.

- Un T.O.G.D., pratiqué pour un moelena, montre un ulcus bulbaire responsable, mais également une lithiasse vésiculaire.

- Une cholécystographie est faite pour des douleurs abdominales, altération de l'état général: elle met en évidence des calculs vésiculaires. Les

symptômes étaient liés à un cancer antral diagnostiqué par un transit gastro-duodénal.

- Lithiase vésiculaire découverte sur un abdomen sans préparation demandé pour ictère.

- Lithiase vésiculaire vue sur un lavement baryté explorant une diarrhée.

- Douleur de l'hypochondre droit (vraisemblablement foie cardiaque) : lithiase vésiculaire à la cholécystographie.

Aucune de ces 6 malades ne présentait de manifestations biliaires : 3 d'entre elles avaient une affection organique associée (cancer pancréatique, antral, ulcus bulbaire) expliquant leurs troubles.

Deux malades ont été opérées de leur lithiase en même temps que de leur cancer :

O.3 : Cholécystectomie.

Anastomose cholédoco-duodénale.

Gastrectomie des 2/3 type Péan.

Suites immédiates compliquées : embolie pulmonaire, septicémie à coli, abcès pariétal.

Survie à 5 ans.

O.6 : Cholécystectomie.

Anastomose cholédoco-jéjunale.

Gastro-entérostomie.

Suites opératoires simples.

---

R E M A R Q U E S

---

Sur une population de 700 sujets âgés de plus de 75 ans suivie au cours des trois dernières années, nous obtenons les chiffres suivants :

- 17,8 % de lithiase muette (autopsie), ce qui aboutirait au chiffre potentiel considérable de 124 lithiases.

- Durant la même époque, le chiffre de lithiases parlantes est de 16 malades, soit 13 % du chiffre probable de lithiase muette.

- La mortalité est de 5 malades, dont 2 opérées.

La constatation de la survie de 7 malades non opérés avec un recul parfois important (8 mois, 3 ans), est assez surprenante. Cependant, leur avenir éloigné reste certainement menacé et ceci ne doit pas faire remettre en cause le dogme de l'intervention systématique pour toute lithiase cholédocienne.

Il faut noter la fréquence, dans les cas de lithiase parlante, de la découverte de cholédoques très dilatés (13), révélés souvent par une symptomatologie discrète :

- 11 cas avec lithiase,
  - 2 cas sans lithiase.
-



## COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

---

Les séries de la littérature, bien que plus importantes, proviennent le plus souvent de services de chirurgie, d'une part, et ne respectent pas toujours la classification de l'O.M.S., d'autre part ; aussi apparaît-il difficile de les comparer à notre étude, limitée à 42 observations, recueillies dans un service de médecine chronique.

Nous envisagerons l'importance de la population âgée parmi les malades, l'incidence de la lithiase, ses manifestations, sa nature anatomique, l'attitude et les résultats des traitements institués.

### 1)- GENERALITES.

#### A)- Importance numérique des sujets âgés hospitalisés.

Il est indéniable qu'en raison de l'augmentation de l'espérance de vie, le pourcentage de sujets âgés hospitalisés s'est accru depuis 20 ans et, grâce aux progrès des techniques opératoires, de la réanimation, "la chirurgie du sujet âgé n'est plus une chirurgie d'exception". (P. MONOD-BROCA - 45).

Actuellement, le critère d'appréciation est l'âge physiologique, bien plus que le seul âge légal.

L'Assistance Publique a dénombré, en 1965, parmi les 117.802 malades hospitalisés en chirurgie, un pourcentage de 6,15 % de sujets ayant dépassé 75 ans,

soit plus de 7.000 malades (45 - Cahiers Baillière).

### B)- Fréquence de la lithiase.

La lithiase est l'affection la plus fréquente de la pathologie biliaire : les sujets lithiasiques représentent 75 % (54 - SALEMBIER), 85 % (52- RIGO ; 30- HEIM) des malades atteints des voies biliaires.

Dans le service, nous avons observé, pendant la même période de 3 ans, 2 ictères néoplasiques, 3 hépatites, 42 lithiases.

La lithiase frappe une importante partie de la population : ainsi, selon GLENN (26) (1969), 15 à 20 % de la population des U.S.A. présente une lithiase vésiculaire, pourcentage encore plus élevé parmi les sujets de plus de 65 ans.

La plupart des auteurs notent la fréquence importante de la lithiase chez les sujets âgés : en témoignent les statistiques effectuées dans des services de médecine ou de chirurgie :

|                 |      | Nombre de malades | % sujets de plus de 65 ans                      |
|-----------------|------|-------------------|-------------------------------------------------|
| HORWITZ         | 1956 | 300               | 12 % Service de Chirurgie                       |
| GLENN           | 1959 | 5.307             | 11 % Idem                                       |
| GANAN           | 1960 | 200               | 13 % Statistiques ne portant que sur des hommes |
| PORTES          | 1952 | 133               | 14 % Découverte radiologique                    |
| FORCINA         | 1965 | 25.421            | 10 % Statistique médicale                       |
| JUSTIN-BESANCON | 1964 | 1.000             | 8,5 % Autopsies                                 |

Ces chiffres, certes intéressants, sont cepen-

dant extraits d'études réalisées dans des conditions très différentes ; nous relèverons le pourcentage de 8,5 % de la série de JUSTIN-BESANCON : inférieur au nôtre (17,8 %), il témoigne de l'accroissement de la lithiase avec l'âge, notion déjà affirmée par BROK-LEHURST.

C)- Siège de la lithiase.

On remarque la fréquence toute particulière de la lithiase cholédocienne chez le sujet âgé :

53- SAEGESSER : 17,5 % de lithiase mixte chez l'adulte

23,5 % chez les vieillards

KELLY : 10,3 % de lithiase cholédocienne du sujet âgé

30- HEIM : 26 %

54- SALEMBIER : 65 %

D)- Prédominance féminine.

Observée à l'âge adulte, elle se retrouve au-delà de 75 ans :

3- ARIANOFF : sur les 78,9 % de malades de moins de 65 ans, on trouve :

79,6 % de femmes,

20,4 % d'hommes ;

sur les 21,1 % de malades de plus de 65 ans :

79,2 % de femmes,

20,8 % d'hommes.

Ces chiffres sont comparables à ceux de RIGO :

Avant 65 ans : 26,7 % d'hommes,

73,3 % de femmes ;

Après 65 ans : 26,6 % d'hommes.  
73,4 % de femmes.

Dans notre série, la lithiase atteint essentiellement les femmes : 39 femmes, 3 hommes.

## 2)- CLINIQUE.

### A/- La lithiase muette.

= Fréquence :

La lithiase biliaire, tant chez le sujet âgé que chez l'adulte, présente un polymorphisme clinique important : une éventualité fréquemment rencontrée chez le vieillard, la lithiase latente, pose des problèmes thérapeutiques délicats.

Selon SOUBEYRAN, elle est retrouvée dans 12 % des cas.

Les études faites sur des autopsies systématiques, entre 1931 et 1963, indiquent des chiffres oscillant entre 9,5 et 32 % :

|          |      |          |                    |
|----------|------|----------|--------------------|
| CRUMP    | 1931 | 32 %     | Sur                |
| SHERLOCK | 1955 | 25 %     | sujets             |
| MILHER   | 1963 | 13,2 %   | de tous            |
| LERNER   | 1963 | 9,5 %    | âges               |
| Mc KEOWN | 1965 | 8 à 25 % | Sujets             |
| MITMAKER | 1964 | 23 %     | de plus de 70 ans. |

Dans notre série, nous comptons 6 lithiases muettes de découverte radiologique, 20 lithiases décelées lors d'autopsies. Sur les 112 autopsies de vieillards, la lithiase est découverte dans 17,8 % des cas, chiffres comparables à ceux de la littérature.

= Risque ultérieur de la lithiase muette chez l'adulte :

Parmi les 526 sujets présentant une lithiase muette, 40 % eurent des complications biliaires (dont 3 carcinomes de la vésicule) pendant les 20 années suivantes (SAEGESSER - 53).

COMFORT également signale que 46 % des lithiases latentes se compliquèrent ultérieurement.

= Chez le vieillard, cette étude reste à faire :

Dans notre série, nous signalons le cas d'une seule malade, porteuse d'une lithiase vésiculaire anciennement connue, compliquée 13 ans plus tard d'angiocholite et opérée : ceci ne permet pas d'apporter de renseignement supplémentaire.

#### B/- Manifestations de la lithiase.

= Cholécystites :

SOUBEYRAN compte 16 % de cholécystites aiguës.

HOLLENDER, dans sa série, en note 1/3.

IBACH : 30 % ; KNOWLS : 20 %.

GASCARD note 11 diagnostics de cholécystites aiguës sur les 19 cas.

Notre série, très réduite, ne comporte qu'un cas de cholécystite aiguë.

= Fièvre, ictère (angiocholite) :

L'ictère est retrouvé avec une fréquence variant entre 20 % : PEQUIGNOT, HEIM ;

25 % : GASCARD,

30 % : HOLLENDER,

45 % : SOUBEYRAN.

Dans notre série, nous constatons la quasi-constance de l'ictère, de la fièvre (90 %) et la

Prédominance de l'angiocholite (10 cas sur 16).

= Formes compliquées :

RIGO en note l'accroissement avec l'âge, qu'il s'agisse d'iléus, cancer de la vésicule, fistule.

SAEGESSER a observé 2,7 % de perforations vésiculaires en péritoine libre (0,3 % avant 44 ans, 16,1 % au-delà de 88 ans), 2 % de fistules internes, 1 % d'iléus biliaire.

PEQUIGNOT insiste sur la fréquence particulière, chez les sujets âgés de sa série, des complications, notamment infectieuses (cholécystites aiguës, empyème, gangrène vésiculaire, péritonite), qui révélèrent la lithiase dans 50 % des cas (CORNET, HORWITZ, CHAMPEAU).

Notre série comporte 1 pyocholécyste, 1 angiocholite urémigène avec péritonite ; il n'est pas possible de comparer ces chiffres à ceux de la littérature, étant donné le nombre réduit de nos cas.

= Formes frustes :

Contrastant avec les manifestations aiguës, graves, de diagnostic parfois aisé, les formes frustes (douleurs atypiques de l'hypochondre droit, dyspepsie, difficiles à distinguer de douleurs d'origine cardiaque, rhumatismale, colique) sont également fréquentes chez le sujet âgé. SOUBEYRAN signale 60 % de formes trompeuses; HOLLENDER, 30 %.

Pour notre part, nous avons observé 1 cas ne présentant que des nausées et vomissements répétés, sans douleur ni fièvre.

L'apparente discordance de ces chiffres provient du petit nombre de lithiases parlantes de notre série.

### 3)- BIOLOGIE - RADIOLOGIE.

L'apport de la biologie et de la radiologie au diagnostic de lithiase est retrouvé (CORNET, GASCARD) : les résultats sont comparables aux nôtres.

Etant donné la fréquence de la lithiase cholédocienne, de la dilatation du cholédoque (même en l'absence de lithiase) et des conséquences thérapeutiques qu'elles impliquent, il serait nécessaire de ne pas s'arrêter au diagnostic de vésicule exclue à la cholécystographie per os. Comme chez l'adulte, s'impose l'étude du cholédoque par cholangiographie intra-veineuse.

MONOD-BROCA rappelle qu'un empiement cholédocien peut ne pas entraîner d'ictère, de même qu'un calcul unique : cette relative latence donne toute sa signification à l'exploration radiologique.

La cholangiographie rétrograde par endoscopie a été faite chez 3 malades de cette série : elle a apporté une confirmation de la lithiase (empiement du cholédoque) et montré un cholédoque dilaté sans lithiase.

D'utilité certaine, elle ne doit cependant être pratiquée que chez des sujets opérables : ses indications sont donc limitées dans cette catégorie de malades.

### 4)- TRAITEMENT.

A)- Dans la série de GASCARD, 13 malades sur 19 (au-dessus de 70 ans) ont reçu un traitement médical .

- Dans 4 cas, il se justifiait devant des signes peu marqués et lorsqu'il s'agissait d'une li-

thiase uniquement vésiculaire.

- Les 9 autres cas comprenaient des malades ayant refusé l'intervention ou présentant des contre-indications. Seules des contre-indications d'ordre cardio-vasculaire majeures avaient été prises en considération.

L'indication opératoire fut posée dans 5 cas où des signes marqués étaient en rapport avec une lithiase mixte.

Cette série compte 1 décès chirurgical, 1 décès médical. L'évolution ultérieure n'est pas connue.

B)- BROCKLEHURST oppose les cas de cholécystites aiguës pour lesquelles il prône un traitement symptomatique initial, suivi éventuellement et selon le terrain de l'intervention, à ceux de lithiase du cholédoque qui, lorsqu'elle entraîne un syndrome d'angiocholite obstructive, requiert un traitement chirurgical urgent après préparation médicale.

C)- PEQUIGNOT rapporte que 40 % des 138 malades de CHAMPEAU durent être opérés de complications graves. Dans les formes aiguës de cholécystite et les cas de lithiase cholédocienne, l'indication opératoire doit être posée. Les formes moins marquées (coliques hépatiques répétées) sont aussi justiciables de l'intervention, sauf contre-indication (antécédents d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance respiratoire chronique grave, d'insuffisance rénale).

D)- Pour MONOD-BROCA (Cahiers Baillière), le problème est simple dans la lithiase cholédocienne : l'opération doit être conseillée ; sa date, seule, prête à discussion. Urgence peu discutable s'il existe de l'angiocholite, célérité relative devant un ictère. En l'absence d'ictère, on peut prendre le temps de maîtriser, quand c'est possible, une contre-indication temporaire.

Dans la lithiase vésiculaire, s'il existe des troubles, coliques hépatiques, poussées fébriles, subictère fugace, on peut être assuré qu'une complication grave a toutes les chances de se préparer, et il faut fermement conseiller l'opération.

E)- Dans sa thèse sur la chirurgie du vieillard, SOUBEYRAN conclut à la nécessité d'intervenir lorsque la lithiase fait parler d'elle.

F)- On note, dans les séries des chirurgiens américains, des statistiques encourageantes en cas de chirurgie semi-précoce (après une première phase de réanimation médicale évitant la lourde mortalité de la chirurgie d'urgence).

G)- Enfin, nous rapportons ici l'aphorisme de CAROLI (Cahiers de Médecine) : "Un vieillard dans sa huitième décade peut être opéré sans danger s'il monte ses escaliers sans être essoufflé".

= Risque opératoire chez le vieillard :

Tous les auteurs insistent sur l'importance de la mortalité opératoire chez le sujet âgé.

- SAEGESSER : 2.439 opérés
  - Mortalité globale : 5,7 %
  - Adultes : 3 %
  - Vieillard : 13,4 %
- KNOWLS : Mortalité globale : 1,7 %
  - Avant 70 ans : 1,1 %
  - Après 70 ans : 5,7 %
- MOREAUX-DUFOUR : De 60 à 70 ans : 6 %
  - Après 70 ans : 11 %
- ARIANOFF : 2.576 opérés
  - Mortalité globale : 2,4 %
  - Adulte : 1,6 %
  - Sujet âgé : 5,3 %

- BRAASCH, SHELBY, HERMANN, AMBERG.

Ces études ont été effectuées sur des séries comprenant à la fois adultes et vieillards, ces derniers étant déjà sélectionnés par les services de médecine. Des études portant exclusivement sur vieillards et grands vieillards restent à faire.

Selon les indications de la littérature, les chiffres de la mortalité, opératoire diffèrent en fonction du siège de la lithiase : la présence d'une lithiase cholédocienne associée aggrave considérablement le pronostic.

|               |         |                                              |
|---------------|---------|----------------------------------------------|
| - MOREAUX :   | 1,1 % : | cholécystectomie seule                       |
|               | 8 % :   | intervention sur la voie biliaire principale |
| - HEIM :      | 4 % :   | d°                                           |
|               | 18 % :  | d°                                           |
| - SAEGESSER : | 2,1 % : | d°                                           |
|               | 5,4 % : | d°                                           |
| - MAGEE :     | 2,2 % : | d°                                           |
|               | 4,7 % : | d°                                           |

Autre facteur intervenant dans les chiffres de mortalité chez le sujet âgé : l'intervention d'urgence ou à froid.

|                                   |          |                                         |
|-----------------------------------|----------|-----------------------------------------|
| - SAEGESSER :                     | 4 % :    | cholécystectomie à froid                |
|                                   | 15,3 % : | " d'urgence                             |
| - GLENN-HAYS (Thèse de SOUBEYRAN) | 4,4 % :  | cholécystectomie à froid                |
|                                   | 10,7 % : | " d'urgence                             |
|                                   |          |                                         |
| - GUINOT (thèse) :                |          | résultat identique à ceux de l'adulte " |
|                                   | 50 %     |                                         |
| - IBACH :                         | 2,3 %    |                                         |
|                                   | 16,7 %   |                                         |
| - HEIM :                          | 3 %      |                                         |
|                                   | 17 %     |                                         |

= Complications post-opératoires

= Elles sont plus fréquentes chez le sujet âgé (BOLT, HOERR, WRIGHT). HEIM signale, sur 79 opérés :

- Complications locales :
  - . 2 péritonites, mortelles,
  - . 1 iléus : décès,
  - . 3 hémorragies : 1 décès,
  - . 1 anurie : décès.
- Complications générales :
  - . 8 insuffisances cardio-vasculaires,
  - . 3 pneumonies.

KNOWLS note 27 % des complications cardio-respiratoires.

Selon ARIANOFF, les causes vasculaires et respiratoires sont responsables de 77 % des décès, tandis que les causes biliaires sont peu incriminées : 0,5 à 1,5 %.

= Dans notre série, nous avons :

- 1 décès par choc, lié à une péritonite biliaire à Gram (-), dont le diagnostic avait été posé avant l'intervention.

- 1 décès par accident vasculaire cérébral, 2 jours après l'opération.

- 1 état de choc régressif.

= Technique opératoire :

Il n'existe pas, à proprement parler, de technique opératoire spécifique au sujet âgé. La cholécystectomie est le traitement de choix de la lithiase vésiculaire ; ce n'est qu'en cas de conditions générales très précaires que se justifie une cholécystostomie. GLENN a constaté que

50 % des sujets ayant eu une cholécystostomie subirent une cholécystectomie ultérieure.

La radiomanométrie est fondamentale dans l'exploration des voies biliaires. Le traitement de la lithiase cholédocienne est l'extraction des calculs. Nous retrouvons, chez la majorité des auteurs, la condamnation du drainage externe chez le sujet âgé en raison de la déperdition biliaire - très grave sur ce terrain- qu'il entraîne : on pratique une anastomose interne par cholédoco-duodénostomie.

#### 5)- INDICATIONS OPERATOIRES DANS LA LITHIASSE BILIAIRE.

##### A)- Dans la littérature.

##### a)- Lithiase muette.

Si, chez l'adulte, la plupart des auteurs s'accordent pour faire opérer les lithiases muettes, chez le vieillard les avis sont différents.

PEQUIGNOT et GUERRE optent pour l'intervention, surtout en cas de microlithiase.

SAEGESSER affirme : étant donné la fréquence et l'imprévisibilité de ses complications chez le sujet âgé, une lithiase muette doit être opérée, sauf contre-indication majeure. Cette attitude s'appuie sur la constatation de la faible mortalité des interventions ainsi pratiquées à froid.

##### b)- Lithiase vésiculaire parlante.

##### = Complications aiguës :

La plupart des auteurs reconnaissent la nécessité de l'intervention (MONOD-BROCA, PEQUIGNOT, BROCKLEHURST, GLENN, HAYS, HEIM). Les complications majeures, empyème, perforation, doivent être opérées

d'urgence ; leur pronostic grave est bien connu.

Les cholécystites aiguës requièrent également l'intervention ; cette dernière peut être différée pour permettre à un traitement symptomatique de juguler l'infection et des contre-indications temporaires ; les résultats opératoires en sont améliorés (PEQUIGNOT, BROCKLEHURST).

= Formes mineures :

Elles sont représentées par les troubles dyspeptiques répétés, avec épisodes fébriles. MONOD-BROCA les considère comme précurseurs de complications graves et conseille l'opération. Pour PEQUIGNOT, si ces troubles entravent la vie du malade, il faut également intervenir.

D'autres auteurs ont une attitude abstentionniste : dans la série de GASCARD, les cas de lithiase vésiculaire peu marquée ont reçu un traitement symptomatique.

c)- Lithiase cholédocienne.

L'avis général est la sanction chirurgicale de toute lithiase cholédocienne (PEQUIGNOT, MONOD-BROCA, POUYET).

B)- Dans notre série.

a)- Lithiase vésiculaire muette.

Sur 6 cas, nous comptons 2 cas de lithiase de découverte radiologique qui ont été opérés au cours d'interventions entreprises pour un cancer gastrique et un cancer du pancréas. Il a été réalisé une cholécystectomie et un drainage interne par cholédocoduodénostomie ou jéjunostomie dans les 2 cas.

L'évolution immédiate fut favorable dans un cas; marquée dans l'autre par l'apparition d'une embolie pulmonaire, septicémie à colibacilles.

Les 4 autres malades, porteurs d'une lithiase vésiculaire muette, n'ont pas reçu de traitement particulier.

b)- Lithiase vésiculaire parlante : 5 cas.

On peut distinguer les cas avec cholédoque normal de ceux avec cholédoque dilaté.

= Cholédoque normal :

- 1 cas de pyocholécyste a été opéré avec cholécystostomie initiale en raison de conditions locales difficiles. La cholécystectomie ultérieure (2 mois) eut des suites simples. Un an après l'intervention, l'état de la malade est satisfaisant.

- 1 malade est décédée d'un accident vasculaire cérébral.

- 1 malade a refusé l'intervention : 2 ans se sont écoulés sans épisode biliaire nouveau.

= Cholédoque dilaté :

- 1 malade a refusé l'opération ;

- 1 malade ne put être opérée en raison d'un accident vasculaire cérébral inopiné. On constate pour elle une survie de 3 ans 1/2, sans récurrence.

c)- Lithiase cholédocienne.

= Opérés : 5 cas.

4 malades avaient une lithiase mixte, 1 malade une lithiase cholédocienne isolée.

L'indication opératoire fut posée après constatation de l'échec du traitement symptomatique institué pendant une durée variable (de 6 jours à un mois).

Sur les 5 opérées, nous comptons 2 décès :

. 1 malade présentait avant l'intervention une complication majeure : péritonite biliaire.

. 1 malade, en bon état général, est décédé 2 jours après l'intervention, d'un accident vasculaire cérébral.

= Non opérés : 6 cas.

L'intervention fut refusée par 3 malades.

Des contre-indications (démence sénile, état grabataire) ont fait récuser la décision opératoire pour 2 malades.

Un malade est décédé après six mois d'évolution : le diagnostic de cirrhose décompensée avait été posé. L'autopsie révéla un empièchement cholédocien responsable de la cirrhose biliaire.

---



## CONCLUSIONS

---

L'étude de la lithiase biliaire chez les vieillards et grands vieillards, faite à partir d'une population de 700 sujets observés durant les trois dernières années, et d'après la littérature, montre :

1)- La fréquence de la lithiase muette : 17,8 % dans notre série (8 à 30 % dans la littérature).

2)- Une proportion de lithiase parlante difficile à apprécier, car, si nous la trouvons à 13 %, il y a peu de séries totalement comparables.

3)- La fréquence de la lithiase cholédocienne parmi les lithiases parlantes (11 cas sur 16 dans notre série) avec cholédoques très dilatés, parfois peu symptomatiques.

4)- La décision opératoire doit tenir compte du pronostic de la lithiase et du risque opératoire à cet âge : la lithiase muette est en général à respecter.

La lithiase vésiculaire parlante, dans les formes légères, peut n'être traitée que médicalement.

La lithiase cholédocienne requiert l'intervention ; mais quelques cas de notre série montrent que l'abstention pour contre-indications

absolues peut être suivie de survie prolongée.

En fait, à cet âge, il n'y a que des cas particuliers.

---

VU & PERMIS D' IMPRIMER :

Le Recteur  
de l'Académie de Paris,  
R. MALLET

Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Saint-Antoine,  
Pr. J. DEBRAY

Le Président de la  
thèse,  
M. CONTE

B I B L I O G R A P H I E

---

- 1 - ABELEND A E.F.- Chirurgie des voies biliaires chez le vieillard.- Prensa Med. Argent., 11 Juil. 1969, 56, 888-890, n° 19.
- 2 - AMBERG J.R.- Gall stones after 70. Geriatrics, 1970, 20, 539, 42.
- 3 - ARIANOFF A.A.- De la mortalité en chirurgie biliaire en fonction de l'âge. Acta Chir. Belg., Sept. 1969, 68, n° 6, 464-472.
- 4 - BARR J.S.- Chirurgie de la vésicule biliaire chez le vieillard.- J. Mississippi State Med. Ass., Fév. 1961, 2, 49, in Internat. Surg. Dig., Juil. 1961, 70, n° 7, 403-404.
- 5 - BARTLETT M.K.- New-Engl. J. Med., Janv. 1956, 25, 154-156.
- 6 - BERTRAND L.- La lithiase biliaire chez le sujet âgé.- Montpellier Méd., Juil.-Août 1964, 107, n° 1, 41-42.
- 7 - BOLT D.E.- Geriatric surgical emergency.- Brit. Med. J. 1960, I, 832-6.
- 8 - BRANCH C.D.- Le calcul biliaire "silencieux".- Surg. Gyn. Obst., Août 1953, 9, n° 2, 246-247.

- 9- BRAASCHJ W.- Biliary tract surgery in older patient.- Geriatrics, 1965, 20, 463-8.
- 10 - BROCKLEHURST J.C.- Text Book of Geriatric. Med. and Geront., 376-380.
- 11 - CAROLI J.- Traitement de la lithiase biliaire. Cahiers de Médecine, 1973,14, n° 9, p. 799-804.
- 12 - CERIANI B.P.- La chirurgie hépato-biliaire d'urgence chez le vieillard.- Prensa Med. Argent., 4 Juil. 1969, 56, n° 18, 858-861.
- 13 - CHAINT N.M.- Cholecystostomy in geriatric surgery.- Geriatrics, 1971, 2, 57-60.
- 14 - CHAMPEAU M.- Aspects chirurgicaux de la lithiase biliaire du vieillard.- Pres. Méd. 1964, 72, 261-266.
- 15 - COLCOCK B.P.- The asymptomatic patient with gallstones.- Am. J. Surg. 1967, 133, 44.
- 16 - COMFORT M.W.- The silent gallstones.- Ann. Surg., Nov. 1948, 12, 931-937.
- 17 - CORNET A., GUERRE J.- La lithiase biliaire des sujets âgés.- Presse Méd. 1962, 70, 2209-2211.
- 18 - CRUMP C.- The incidence of gallstones and gall-bladder disease.- Surg., Gyn., Obst., 1931, 5, 447-55.
- 19 - DANZINGER R.G.- Dissolution of cholesterol gallstones by chenodeoxycholic acid.- New-Eng. Med., 1972, 286, 1-8.

- 20 - DEBRAY C. et PAOLAGGI J.A.- La lithiase vésiculaire clinique.- Rev. Méd., 17 Mai 1971, 12, n° 20, 1245-1264.
- Traitement médical de la lithiase biliaire.- Rev. Méd. 1971, n° 21, 1319-1334.
- 21 - DE MARCO A.- Am. Surg. 1968,63, 750-756.
- 22 - DESSAU F.I.- Incidence of gallstones in the higher age groups.- New-Engl. J. Med. 1943, 22, 464-6.
- 23 - EARLEY C.M.- Chirurgie chez le vieillard.- Internat. Surg. Dig., Oct. 1964, 73, n° 10, 396.
- 24 - ELDHOM P.- Bile duct stones related to age and duct width.- Acta Chir. Scand. 1962, 124, 75.
- 25 - GASCARD D.E.- Lithiase biliaire du vieillard (A propos de 19 cas).- Marseille Méd. 1971, 108, n° 7-8, 521-528.
- 27 - GOIN F.- Risque opératoire chez le sujet âgé.- Anesth. Anal. Réa., Sept.-Oct. 1969, 26, n°5, 661-669.
- 26 - GLENN F., HAYS - The causes of death following biliary tract surgery for non malignant diseases.- Surg., Gyn., Obst., March 1952, 94, 283-296.
- Indications for operation in biliary tract disease among elderly.- Geriatrics, 1969, 24, 98-103.
- 28 - GOSSET J.R.- Quelques réflexions sur la clinique de la lithiase biliaire.- Concours Méd.,

17 Juil. 1965, 87, n° 29, 4707-4709.

28 - GUINOT T.R.- Thèse Lyon, 1970, n° 138.  
bis

29 - HAYS - The fate of the cholecystostomised  
patients.- J. Am. Geriat. Soc. 1955, 3, 21-30.

30 - HEIM U.- Chirurgie des voies biliaires chez le  
vieillard.- Praxis 1970, 59, 199-200.

31 - HOERR S.O.- Gall stones in elderly people.-  
Geriatrics 1963, 18, 754-60.

32 - HOLLENDER L.F., WEILL D.- Réflexions sur la  
chirurgie de la lithiase biliaire chez les  
sujets âgés de plus de 75 ans.- Lyon Chir.,  
1967, 63, N° 2, 228-236.

33 - HORWITZ A.- Affections de la vésicule biliaire  
chez le vieillard.- J. Am. Med. Ass. 1956,  
161, 1119-1123.

34 - IBACH J.R.- Cholécystectomie chez le vieillard.  
- Surg., Gyn., Obst., 1968, 126, 523-548.

35 - JUSTIN-BESANCON L.- Intérêt clinique des autop-  
sies systématiques dans le milieu hospitalier.  
- Sem. Hôp. Paris 1964, 40, 9, 531-534.

36 - KNOWLS B., LAWRENCE A.- Biliary tract surgery  
in elderly patients.- Arch. of Surg., July 1953,  
67, n° 1, 92-99.

38 - LUND J.- Surgical indications in cholelithiasis.  
- Ann. Surg. 1960, 151, 153-162.

37 - LATARGET M.- La chirurgie du vieillard.- J.  
Méd. Lyon, 20 Mai 1969, 50, n° 1165, 861.

- 39 - MC KEOWN F.- Pathology of the aged.  
1965, p. 165.
- 40 - MAGEE R.B.- Arch. Surg. 1968, 96, 858-864.
- 41 - MARRIQ J.- A propos de 16 observations de  
sujets âgés opérés pour cholécystites lithia-  
siques.- Rev. Franç. Gêront., Mai-Juin 1969,  
15, n° 3, 167-171.
- 42 - MERCAT F.- Contribution à l'étude du risque  
opératoire chez les personnes âgées.-  
Thèse Médecine Paris, 1962, n° 529.
- 43 - MITMAKER B.- Gallbladder carcinoma associated  
with cholelithiasis.- J. Am. Geriat. Soc.  
1964, 12, 180-7.
- 44 - MONNIER J.P.- Le radiologiste devant la li-  
thiase biliaire.- Vie Méd. 1971, n° 37,  
p. 4541-4552.
- 45 - MONOD-BROCA P.- Chirurgie du vieillard.-  
Cahiers Baillière - Presse Méd., 5 Mars 1966,  
71, n° 12, 599-603.
- 46 - MOREAUX J., DUFOUR P.- La lithiase de la voie  
biliaire principale chez les sujets âgés.  
Mortalité opératoire et choix de l'interven-  
tion.- Ann. Chir., Mars 1966, 20, n° 5-6,  
C-353, C-356.
- 47 - NEWMAN H.F.- The autopsy incidence of gall  
stones.- Int. Alst. Surg. 1959, 109, 13-15.
- 48 - PEQUIGNOT H. et GUERRE J.- La lithiase biliai-  
re chez le vieillard.- Concours Méd., 3 Juin  
1967, 89, n° 22, 4301-4308.

- 49 - PETER Y.- Chirurgie biliaire chez le vieillard.- Méd. Hyg. 1969, 27, 1315.
- 50 - POUYET - J. de Méd. Lyon, 1967, 481, 11, 1901-1902.
- 51 - RAUTUREAU J.- La lithiase biliaire.- Médecine et Chirurgie digestives 1972, 1, 137-147.
- 52 - RIGO M.- Lithiase biliaire. Analyse comparative de 4051 malades.- Méd. et Hyg. (Genève), 13 Sept. 1972, 30, n° 1023, 1259-1261.
- 53 - SAEGESSER F.- La lithiase biliaire aux différents âges de la vie.- Méd. et Hyg., 11 Sept. 1968, 26, n° 837, 955-961.
- 54 - SALEMBIER Y.- Statistique homogène de quatre années de chirurgie biliaire chez des sujets âgés.- Acta Gastro-entérol. Belge, Janv.1968, 31, n° 1, 28-36.
- 55 - SHELBY E.A.- Age as a factor of mortality after cholecystectomy.- Anesth. Anal. 1968, 47, 733-6.
- 56 - SHERLOCK S.- Disease of the liver and biliary system, 1971.
- 57 - SOUBEYRAN Y.- Contribution à l'étude de la chirurgie de la lithiase biliaire chez le sujet âgé, à propos de 158 cas.- Thèse Paris, 1971, n° 22.
- 58 - VIGNALOU J.- Ictère chez les vieillards.- Revue Française de Gériatologie, t. 14, 1968, n° 5.
-







